Aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Wilhelm Schneider

Katamnestische Untersuchungen über die Rosacea und das Rhinophym am Krankengut der Universitäts-Hautklinik Tübingen im Zeitraum von 1951-1966

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Karin Wingender geb. Wetzel
aus Koblenz

1968

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547604_0074

Aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Wilhelm Schneider

Katamnestische Untersuchungen über die Rosacea und das Rhinophym am Krankengut der Universitäts-Hautklinik Tübingen im Zeitraum von 1951-1966

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Karin Wingender geb. Wetzel
aus Koblenz

1968

Dekan:	Professor Dr. W. Graumann
1. Berichterstatter:	Professor Dr. H.C. Friederich
2. Berichterstatter:	Professor Dr. W. Schneider

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG · Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I. Teil: EINLEITUNG 1

HISTORISCHER ÜBERBLICK 2

DARSTELLUNG DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS IN DER BILDENDEN KUNST 6

BESCHREIBUNG DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS IN DER BELLETRISTIK 7

KLINISCHE ERSCHEINUNGSFORMEN DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS 8

Besonderheiten des klinischen Bildes der Rosacea und des Rhinophyms 8

Komplikationen der Rosacea und des Rhinophyms 9

Histologie der Rosacea und des Rhinophyms 10

Ätiologie der Rosacea und des Rhinophyms 11

II. Teil: BEARBEITUNG DER FÄLLE DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK IM ZEITRAUM VON 1951 - 1966 15

1. Morbidität der Rosacea 15

2. Zeitliche Verteilung 15

3. Aufteilung nach Altersgruppen 18

4. Verteilung der Rosacea auf städtische und ländliche Bevölkerung 18

5. Verteilung der männlichen Rosacea-Erkrankten nach Berufen, die vorwiegend im Freien oder in geschlossenen Räumen ausgeübt werden 18

Seite

6. Aufschlüsselung der durch Genußmittel Rosacea-verschlimmernden Faktoren 19

7. Verteilung der Rosacea unter Berücksichtigung der Magen-Darmerkrankungen 20

8. Verteilung der Rosacea unter Berücksichtigung der Galle-Lebererkrankungen 21

9. Aufschlüsselung der weiblichen Rosacea-Erkrankten nach hormonellen Störungen 21

10. Verteilung der Rosacea nach Diabetes mell. und Polyglobulie 21

11. Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankungen nach Augenbeteiligung 22

12. Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankungen nach äußeren Einflüssen 22

13. Aufschlüsselung der Rhinophymträger bei der Rosacea .. 23

14. Rhinophymträger ohne Rosacea 23

THERAPIE DER ROSACEA 25

THERAPIE DES RHINOPHYMS 27

ERFOLG DER ROSACEA- UND RHINOPHYMTHERAPIE AM KRANKENGUT DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK TÜBINGEN 29

ZUSAMMENFASSUNG 30

LITERATURVERZEICHNIS 32

I. Teil

EINLEITUNG

Rosacea vormals Acne rosacea, Gutta rosacea, Couperose ist eine Erkrankung, die vorwiegend die mittleren Gesichtshautpartien (Wange, Nase, Stirn und Kinn) befällt. Die mit Rötung einhergehenden Erscheinungen beruhen auf Gefäßinjektion bzw. Gefäßneubildung, die von Miller (70) als vasodilatatorische Angiopathie im Sinne einer Störung der terminalen Strombahn im Bereich des N. Trigeminus angesehen werden.

Die sich an den Gefäßen abspielenden Veränderungen haben eine Hypertrophie des Bindegewebes und der Talgdrüsen zur Folge. Als Weiterentwicklung einer durch Wucherung des Bindegewebes einhergehenden fibromatösen Rosacea kann eine derbe Schwellung der Nase entstehen, die von den Erstbeschreibern mit "Gutta rosacea" bezeichnet wurde.

Der ursächliche Zusammenhang des Rhinophyms als Folgestadium einer Rosacea ist nicht in allen Fällen gewährleistet.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind katamnestische Untersuchungen über Rosacea und Rhinophym am Krankengut der Universitätshautklinik Tübingen aus den Jahren 1951 - 1966 unter besonderer Berücksichtigung des im neuen Schrifttum als isoliertes Krankheitsbild beschriebenen Rhinophyms.

Die am klinischen Krankengut ermittelten Ergebnisse werden mit denen des Schrifttums verglichen.

HISTORISCHER ÜBERBLICK

Auf Grund der Tatsache, daß die Rosacea weder mit Schmerzen noch mit Jucken einhergeht, ist eine Beschreibung dieser Krankheit bei griechischen und römischen medizinischen Autoren recht selten.

Celsus, der in seinen Anschauungen besonders von der alexandrinischen Medizin geprägt wurde, beschreibt die "Acne rosacea" unter dem Sammelbegriff der "Scabies".

Bei den späteren Schriftstellern Guy de Chauliac, Fernelius, Nicolaus Florentinus, Ambroise Paré, Astruc wird die Krankheit erwähnt und bereits von der gewöhnlichen Acne unterschieden.

Als Einzelbeobachtung beschrieb im Jahre 1649 Zacutus Lusitanus (Zacuti Lusitani, Opera, 2 Bände, 1649) die "Acne rosacea".

Eine erste Unterteilung der "Acne rosacea" findet man bei Astruc, der drei Arten der Krankheit unterscheidet, deren erste sich als einfache Rötung der Haut manifestiert, deren zweite mit Ausdehnung der Venen verbunden ist und deren dritte Art durch Schuppenbildung an der Oberfläche charakterisiert ist.

Die erste umfassende Beschreibung der "Gutta rosacea" findet man erst bei dem Franzosen Anne Charles Lorry, der in seinem Werke "Tractatus de morbis cutaneis", das 1777 in Paris erschien, die Erscheinungen und die veranlassenden Momente genau beschrieb.

Zur gleichen Zeit beschreibt der Engländer Plenk die Gutta rosacea, die er auf Grund ätiologischer Momente in 9 Arten unterscheidet.

Am Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die "Acne rosacea" als eine Spezies der Acne von den Engländern Robert Willan und Thomas Bateman angeführt.

Der französische Dermatologe Alibert schloß sich den Ansichten seiner englischen Zeitgenossen an und brachte die Acne rosacea unter die "finnenartigen" Hautkrankheiten, die er als zweite Gattung seiner "flechtenartigen" Hautkrankheiten

zusammenfaßte.

Im Gegensatz zu Alibert beschreibt der deutsche Dermatologe Fuchs die Acne rosacea unter der allgemeinen Form der Acne.

In der Zeit von 1850 - 1880 wird die pathologische Anatomie in der Erforschung der Hautkrankheiten sehr in den Vordergrund gestellt. Hier muß neben dem Dermatologen H. Lebert, der in seinem Handbuch der praktischen Medizin (Tübingen 3. Aufl. 1863) die Dermatologie im pathologisch-anatomischen Sinne einteilt, vor allem Ferdinand Hebra genannt werden (1816 - 1880).

Als eine berühmte Klassifikation der Hautkrankheiten muß die 1845 von F. Hebra publizierte Abhandlung "Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Einteilung der Hautkrankheiten" angesehen werden.

Die Beschreibung der Charakteristik der "Acne rosacea", die F. v. Hebra im Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1860 gegeben hat, möchten wir wegen der Bedeutung F. v. Hebras für die gesamte dermatologische Wissenschaft wörtlich wiedergeben:

"Charakteristik
Zu den diagnostischen Merkmalen der Acne rosacea gehört in erster Linie der Sitz derselben im Gesichte. Es wird Niemand beikommen, die Serie derselben Symptome, wenn sie statt im Gesichte am Oberschenkel, oder an der Haut des Stammes vorkommen, für Acne rosacea zu erklären.

Im Gesichte nun, und zwar hauptsächlich an der Nase, an der Wange, der Stirne und am Kinn, wohl auch in außergewöhnlichen Fällen an der ganzen Gesichtshaut, bis unter die behaarten Partien der Kopfhaut sich erstreckend (Letzteres besonders beim Erscheinen hochgradiger Acne rosacea an Kahlköpfen) erscheint die Acne rosacea entweder in Gestalt intensiver Rötungen, ohne namhafte Schwellung und Spannung. Diese rote Gesichtsfarbe erscheint bei genauer Betrachtung als das Resultat einer namhaften Injection der Blutgefäße jener Partien, welche Gefäße gewöhnlich schon mit freiem Auge, mehr noch bei Betrachtung durch eine mäßig vergrößernde Lupe, in Gestalt vieler geschlängelter Linien sich zu erkennen geben. Ein kräftiger und etwas anhaltender Druck des Fingers bringt die Röte zum Verschwinden. Wird der Druck aufgehoben, so bemerkt man deutlich, wie die früher mechanisch entleerten Gefäßchen sich ziemlich rasch wieder füllen.

Besonders ist die Nase mit solchen Gefäßramificationen an ihren Seitengegenden und auf ihrem Rücken durchzogen, welche an den genannten Gegenden sehr deutlich wahrnehmbar sind.

Die erwähnten Symptome bilden nur die Basis, auf welchen in einzelnen Fällen Knoten und Pusteln der gewöhnlichen Acne vorkommen, während in anderen mehr, minder mächtige Protuberanzen, ohne eitrigen Inhalt und von festerer Konsistenz aufsitzen, die nach Maßgabe ihrer Lebensdauer und nach Verschiedenheit ihres Sitzes diverse andere Bilder formieren, deren Schilderung wir in den späteren Zeilen geben wollen.

Es sei hier nur noch erwähnt, daß nebst dem Gesagten zur vollen Charakteristik dieser Krankheit das Auftreten derselben in bestimmten Lebensaltern (in der Evolutions- und Involutionsperiode), so wie eine gewisse Stabilität und Hartnäckigkeit gehört."

Das im historischen Überblick über die Rosacea Gesagte gilt auch für das Rhinophym, da alle Autoren die Rosacea und das Rhinophym unter dem Begriff der "Acne Rosacea und Gutta rosacea" beschrieben. Allerdings müssen einige Autoren erwähnt werden, die vorwiegend die offenkundige Vergrößerung der Nase beschrieben haben.

Die Bezeichnung "Phyma" = Gewächs geht auf Hippokrates zurück. Der früheste Hinweis auf ein Rhinophym erscheint in der medizinischen Literatur in dem "Quanum (Kanon)" eines unter dem Namen Avicenna (980 - 1037) bekannten persischen Arztes. In der zweiten Hälfte des 12. Jahrhunderts findet man das Krankheitsbild in den Schriften italienischer Ärzte wie Borgognoni (1208 - 1298), di Saciceto (1210 - 80) und Angelicus. Der erste therapeutische Hinweis gegen das Leiden findet sich bei Ambroise Paré (1510 - 1590). Als erster deutscher Arzt handelte Theophrastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, das Rhinophym in seinen chirurgischen Büchern ab. Daniel Sennert (1572 - 1637) nahm bei einem Manne in der Nähe von Dresden zum ersten Male eine operative Abtragung von Stücken einer "Knollennase" vor, die so umfangreich war, daß sie sogar beim Lesen hinderte. Im 18. Jahrhundert wurde das Rhinophym z.B. bei dem französischen Dermatologen Anne Charles Lorry (1726 - 1783) nicht mehr unter der "Acne rosacea" abgehandelt, sondern speziell den Nasentumoren zugerechnet.

Besonders zu erwähnen ist noch im 19. Jahrhundert Gustav Simon, der 1851 ein von ihm mikroskopisch untersuchtes Rhinophym erstmals eingehend beschrieb.

Die zutreffendste Beschreibung jedoch verdanken wir wieder F. v. Hebra, auf den auch der Name Rhinophym zurückgeführt werden kann.

DARSTELLUNG DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS IN DER BILDENDEN KUNST

Bewußte Darstellungen der Rosacea in der Malerei sind überhaupt nicht zu finden, jedoch begegnet man ihr andeutungsweise auf den Bildern der flämischen Maler Pieter Breughel und Adrienne Brouwers.

Relativ häufig dagegen sind Porträts mit rücksichtsloser Schilderung des Rhinophyms.

In der Reihe der hervorragenden Bilder sei als erstes das berühmte Gemälde von Ghirlandajo (1449 - 1498) erwähnt. Das Porträt stellt Großvater und Enkelkind dar.

Das Gemälde von Hans Holbein aus dem Madrider Prado stellt einen unbekannten Mann vor mit stark gerötetem Gesicht, dessen lange Nase mit knolligen Tumoren bedeckt ist.

Viele Maler haben durch nachträgliche Retuschen und Farben das Unästhetische des Anblicks zu mildern versucht. Das wird besonders offenkundig auf einem Bild aus der primitiven holländischen Schule, dem Porträt des frommen Ritters von Naaldwyk.

Völlig naturalistisch dagegen scheint das hervorragende Porträt eines unbekannten Mannes im Pelzmantel mit Rhinophym von einem holländischen Meister. Darstellungen von Rhinophymträgern sind gewiß noch häufiger anzutreffen. Die oben erwähnten Beispiele mögen aber genügen, um das Charakteristische zu zeigen.

BESCHREIBUNG DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS IN DER BELLETRISTIK

Die ersten Schilderungen von Gesichtsröte und roten, unförmigen Nasen findet man in der schöngeistigen Literatur des Altertums bei römischen Dichtern. Unter anderem spricht dafür ein Epigramm von Martial über die Nase des Pompilius.

Drastische Beschreibungen des Rhinophyms gab es im 17. Jahrhundert. Wilhelm von Saliceto nannte die Kupfernase "Buticagua", was soviel wie Weinfaß bedeutet.

In den Werken Dostojewskis begegnet man hin und wieder Beschreibungen von großen, geröteten Nasen.

Als letztes sei hier noch die Schilderung der Nase des "blauroten Methusalems" bei Karl May aufgeführt.

KLINISCHE ERSCHEINUNGSFORMEN DER ROSACEA UND DES RHINOPHYMS

In vielen Fällen ist ein Status Seborrhoicus Ausgangspunkt einer Rosacea. In den mittleren Gesichtshautanteilen wie Wangen, Nase, Stirn und Kinn finden sich unscharf begrenzte, hellrot bis düsterviolett verfärbte Erytheme, Teleangiektasien und oberflächliche Schuppenbildungen. Bei stärkerer Ausprägung sieht man gehäuft Papel- und Pustelbildungen. Mit Ausnahme eines leichten Brennens machen die Erscheinungen den Kranken auffallend wenig Beschwerden.

Als Folge von Gefäßveränderungen, die zu einer Störung der Gewebsdurchblutung führen, kommt es zu einer Hypertrophie des Bindegewebes und der Talgdrüsen. Eine Anschwellung der Nase wäre demnach als Folgestadium einer fibromatösen Rosacea anzusehen. Die Hautoberfläche der mit Rhinophyma fibrosum angiektaticum bezeichneten Nasenwucherung ist durch zahlreiche Teleangiektasien rot bis blaurot verfärbt.

Die alleinige Hypertrophie der Talgdrüsen bewirkt das Bild der Knollen- und Pfundnase, das mit Rhinophyma hypertrophicum bezeichnet wird. Durch die geschwulstartige Vergrößerung der Talgdrüsen und starke Erweiterung der Follikel ist die Haut apfelsinenschalenartig verändert.

Die beiden Erscheinungsformen des Rhinophyms gehen häufig ineinander über.

Besonderheiten des klinischen Bildes der Rosacea und des Rhinophyms

Die Lokalisation der Rosacea in den mittleren Gesichtspartien ist nicht in allen Fällen gewährleistet. So kann das ganze Gesicht gleichmäßig oder nur ganz vereinzelte Bezirke auf Stirn, Nase, Wangen oder Kinn befallen sein.

Die Rosacea juvenilis, die im Jugendalter auftritt, ist durch eine besondere Therapieresistenz gekennzeichnet. Miescher und Stork (69) beschreiben bei einem 16jährigen Jungen eine Rosacea, während Potozkij (79) 29 Jugendliche von 34 Rosacea-Kranken erwähnt.

Die Hypertrophie der Talgdrüsen, die das Rhinophyma hypertrophicum bedingen, ist nicht alleine auf die Nase beschränkt, sondern auch oft auf Wangen, Kinn und Nasolabialfalten ausgedehnt.

Komplikationen der Rosacea und des Rhinophyms

Als häufigste Komplikation der Rosacea kommt es zu einer Beteiligung der Augen.

Triebenstein (87) gibt an, daß die Rosacea des Auges bei weiblichen Personen ungleich häufiger auftritt als bei männlichen Kranken. Unter den mit Blepharitis, Konjunktivitis und Keratitis einhergehenden Augenveränderungen der Rosacea ist die Keratitis nach Triebenstein weitaus die häufigste Erkrankung. Unter 274 Fällen mit Rosacea-Augenveränderungen wurden 243 Keratitiden diagnostiziert.

Als schwerste Formen der Augenerkrankungen sind von Olah (75) und Salus (82) Ulcus serpens - ähnliche Formen der Hornhautentzündung und Iritiden beobachtet worden.

In ihrer Schwere können die Augenveränderungen oftmals die Hauterscheinungen übertreffen.

Als Komplikation des Rhinophyms sind Spinaliome und Basaliome selten beschrieben worden. Braun (10) beobachtete bei 2 Frauen mit Rosacea ein Basaliom.

Die Bindegewebsvermehrung und Hyperplasie der Talgdrüsen neigen in diesem Hautbereich offenbar kaum zur krebsigen Entartung, da man sonst bei dieser Erkrankung Hautcarcinome häufiger finden müßte.

Histologie der Rosacea und des Rhinophyms

Am Anfang des Krankheitsbeginns der Rosacea werden Gefäßerweiterungen mit geringer perivasculärer Rundzellenansammlung und oedematöser Schwellung des Bindegewebes beobachtet.

Bei der papulösen Rosacea findet man im Bereich der Follikel und Talgdrüsen knötchenförmige Zellansammlungen, die überwiegend aus Lymphocyten bestehen. Oftmals zeigen die Zellansammlungen tuberkuloiden Aufbau.

Bei der Rosacea pustulosa kommt es unter Beteiligung von Leukocyten zu entzündlichen Veränderungen an den Follikeln.

Auf Grund histologischer Untersuchungen kann man die Rosacea nicht vom Rosacea-ähnlichen Tuberkulid (Lewandowsky) unterscheiden. Nach Miescher (68) soll es sich bei der kleinknötchenförmigen Rosacea und dem Rosacea-ähnlichen Tuberkulid um einen einheitlichen Krankheitsprozeß handeln. Laymon und Schoch (55) sowie die Autoren Bologa (9), Jaqueti (44), Martin-Scott (63), Wittels (90) und Koch (52) sind mit dieser Deutung auf Grund eigener Beobachtungen nicht einverstanden.

Nach Gans (31) kann man zwei Formen des Rhinophyms unterscheiden, die hypertrophische und die fibrös-angiektatische Form.

Das histologische Bild des Rhinophyms wird durch die überwiegende Beteiligung des drüsigen oder des bindegewebigen Gewebsanteils geprägt.

Die obere und mittlere Cutis ist überwiegend mit Leukocyten, Lymphocyten und Plasmazellen durchsetzt.

Auch fibromartige Umwandlungen mit Schwund der kollagenen und elastischen Fasern auf Grund von entzündlichen Veränderungen werden beobachtet.

Als Folge kann dann ein narbig-sklerotisches Bindegewebe, das mit erweiterten Gefäßen und kleinen Talgdrüsen mit großem Lumen durchsetzt ist, entstehen.

Ätiologie der Rosacea und des Rhinophyms

Als Ursachen für die Entstehung einer Rosacea werden angeführt:

1. Anlagemäßig bedingte Veränderungen auf seborrhoischer Grundlage,

2. Nahrungs- und Genußmittel,

3. Innere Leiden mit Einschluß vegetativer und hormoneller Dysregulationen,

4. Äußere Einflüsse.

Zu 1.)
Der Status seborrhoicus als Ursache für die Entstehung der Rosacea ist zwar seit jeher anerkannt worden, doch gilt dies heute nur noch uneingeschränkt für das Rhinophym.

Stokes und Beerman (86) fanden in ihrem Krankengut 20 %, nach Sobye (85) sogar 80 % der Rosacea-Erkrankten, bei denen keine Seborrhoe festzustellen war.

Diese Untersuchungen lassen den Schluß zu, daß der Status seborrhoicus nicht unbedingt die Voraussetzung für das Manifestieren einer Rosacea ist. Der gleichen Ansicht ist Braun-Falco (51), der in seinem klinischen Krankengut vielen Fällen begegnete, wo eine ausgesprochene Sebostase bestand.

Zu 2.)
Als verschlimmernd, aber keinesfalls ursächlich werden reichliche warme Speisen, sowie Kaffee, Tee, alkoholische Getränke, scharfe Gewürze und kohlenhydratreiche Nahrung angesehen (Braun (10), Schoenfeld-Schneider (83), Braun-Falco (51)).

Stokes und Beermann (86) fanden unter 83 Rosacea-Kranken 60 %, die reichlich Kaffee oder Tee tranken, und 16 %, die dem Alkohol zusprachen.

Zu 3.)
Magen- und Darmstörungen wie Gastritis, Völlegefühl, Blähungen und Obstipation werden oft in ursächlichem Zusammenhang mit Rosacea diskutiert

(Braun (10), Epstein-Susnow (20), Shone und Whitwell (84), Funk (30)).

Auch Störungen der Leberfunktion scheinen für die Entstehung der Rosacea nicht unbeteiligt zu sein (Auer (4), Funk (30), Amorati, Rasponi und Rowersi (1)). Cholecystopathien, die oft mit Leberschäden einhergehen, dürfen bei der Pathogenese der Rosacea nicht unerwähnt bleiben.

Daß hormonelle Störungen eine ursächliche Bedeutung für das Entstehen einer Rosacea haben können, wurde durch zwei Gesichtspunkte bestimmt:
Einmal befällt die Rosacea meist Frauen prae-, inter- und postklimakterisch, zum anderen tritt bei Frauen mit funktionstüchtigen Ovarien oftmals eine zyklusabhängige Verschlechterung der Rosacea ein (Beermann und Stokes (86)).

Von Höcker (42) und Gottron (35) wird ein Zusammenhang mit der essentiellen Polycythämie diskutiert.

Nervale, vegetative und psychische Einflüsse werden von Miller (70), Funk und Walther (30), Klaber und Wittkower (48) geltend gemacht. Fokalinfektionen, die zu einer Allergie älterer Menschen gegen Staphylokokkentoxin führen sollen, hat man im ursächlichen Zusammenhang zur Rosacea gesehen. (Linser (58), Feit, Lazzlo und Vero (23), Aron-Brunetière, Gourgeois, Gavardin und Kohen (2)).

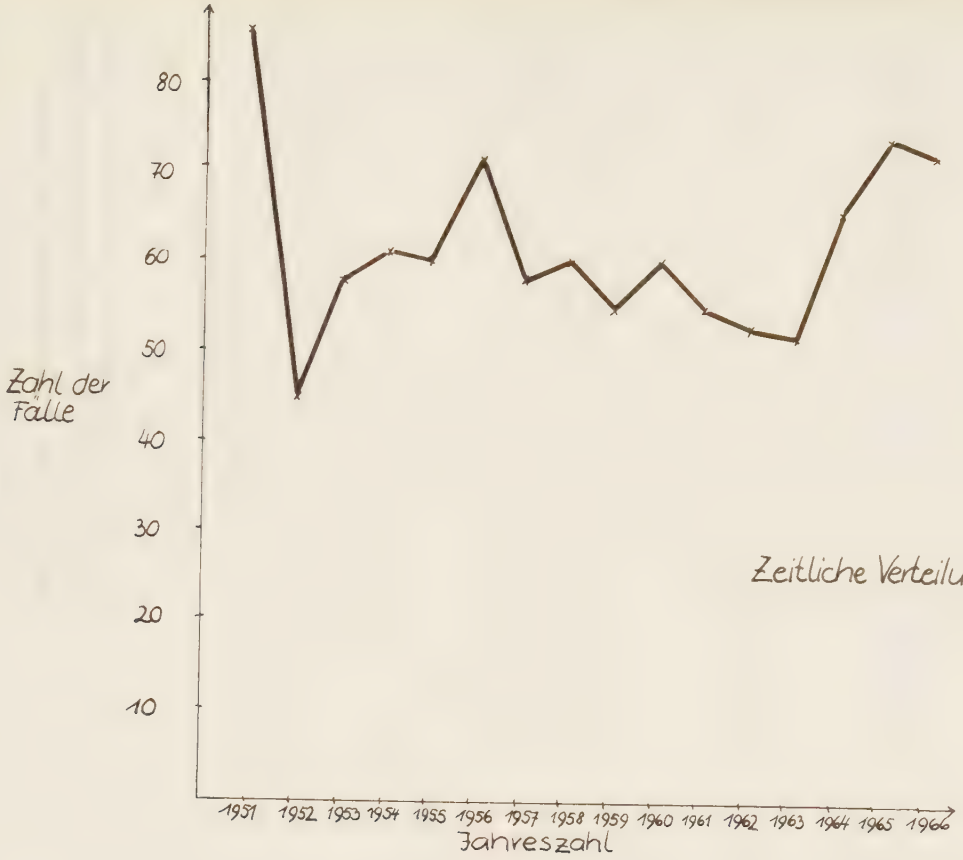
Die Wahrscheinlichkeit, die Rosacea in ursächliche Beziehung zu anderen inneren Leiden zu setzen, ist sehr gering.

Zu 4.)
Eine wichtige Ursache für das Entstehen einer Rosacea sehen viele Autoren in klimatischen Einflüssen. Sonnenlicht, Wärme und Kälteschäden sind oftmals Ausgangspunkt einer Rosacea (Sobye (85), Brodthagen (11), Richter und Tat (81), Gottron (35)).

Im Gegensatz zur Rosacea ist, wie bereits oben erwähnt, die Entstehung eines Rhinophyms immer auf einer seborrhoischen Grundlage zu diskutieren, weil eine Seborrhoe nicht nur im Rhinophymgebiet erscheint, sondern überall dort, wo Talgdrüsen vorhanden sind (Braun-Falco (51)).

Die frühere Auffassung, daß das Rhinophym nur ein drittes Rosacea-Stadium bedeutet (Virchow (39), v. Hebra (39), Kaposi (46)) trat in ihrer Bedeutung

durch kritische Äußerungen von Braun (10), Kleining, Braun-Falco (51) zugunsten von Erwägungen zurück, die darauf zielen, im Rhinophym ein selbständiges, unabhängiges und somit eigenes Krankheitsbild zu sehen. (Zit. nach H.C.Friederich (28). Allerdings darf man nicht außer acht lassen, daß ein Rhinophym trotzdem auf dem Boden einer Rosacea entstehen kann.



Zeitliche Verteilung der Rosea
(974 Fälle)

Abb.1

II. Teil

BEARBEITUNG DER FÄLLE DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK IM ZEITRAUM VON 1951 - 1966

1. Morbidität der Rosacea

In der Universitäts-Hautklinik Tübingen wurden in den Jahren 1951 bis 1966 insgesamt 974 Erkrankungen an Rosacea beobachtet. Bei einer Gesamtzahl von 69.359 Patienten, die im Laufe des oben gesetzten Zeitraumes die Universitäts-Hautklinik aufsuchten, errechnet sich eine Morbidität der Rosacea von 1,4 %.

Leider fehlen im Schrifttum vergleichbare Angaben über die Morbidität der Rosacea.

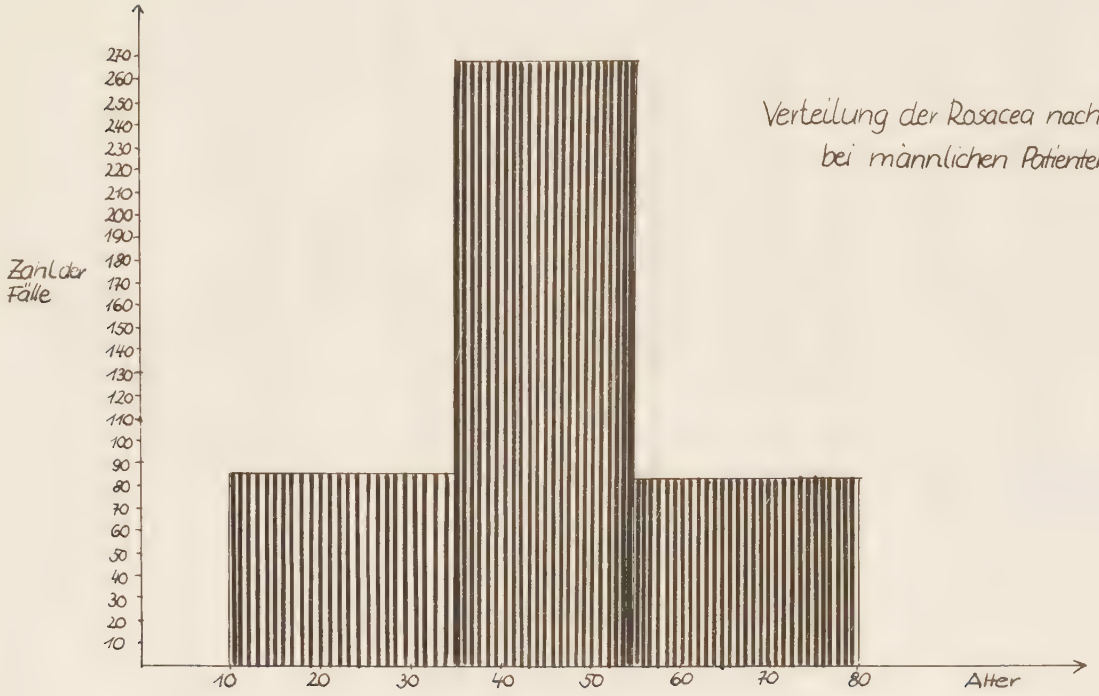
Bei der Berücksichtigung der Geschlechtsverteilung ergibt sich eine Morbidität von 1,3 % bei Männern und 1,5 % bei Frauen.

Dieses Ergebnis entspricht den Angaben in der Literatur (vgl. Braun (10)).

2. Zeitliche Verteilung

Die Kurve der Abb. 1 zeigt in den einzelnen Jahren stärkere Häufigkeitsschwankungen, die natürlich als zufallsbedingt anzusehen sind.

In den letzten drei Jahren scheint ein geringer Anstieg der Rosacea stattgefunden zu haben, der aber zu wenig signifikant ist, um eine eindeutige Aussage zu erlauben.



Verteilung der Rosacea nach Altersgruppen bei männlichen Patienten

Abb. 2

Verteilung der Rosacea nach Altersgruppen
bei weiblichen Patienten

Abb. 3

3. Aufteilung nach Altersgruppen

Ein Überblick der graphischen Darstellungen in Abb. 1 und Abb. 2 über die Altersverteilung der Rosacea-erkrankten männlichen und weiblichen Patienten ergibt eine starke Beteiligung der Altersgruppe zwischen 35 und 55 Jahren bei den Männern bzw. zwischen 35 und 48 Jahren bei den Frauen.

Die Altersgruppen vor und nach dem oben erwähnten Zeitraum lassen keinen signifikanten Unterschied erkennen. In Prozentzahlen betrachtet errechnet sich bei den männlichen Rosacea-Erkrankten die Altersgruppe zwischen 35 und 55 Jahren mit 61,4 %, während die Altersgruppen vor bzw. nach diesem Zeitraum mit 19,6 % bzw. 19 % keinen Unterschied erkennen lassen.

Bei den weiblichen Patienten ist die Altersgruppe zwischen 35 und 48 Jahren mit 42,8 % beteiligt. Die Altersgruppen vor bzw. nach diesem Zeitraum ergeben mit 29,7 % bzw. 27,5 % keinen signifikanten Unterschied. Aus diesen Untersuchungen geht eindeutig hervor, daß die Rosacea hauptsächlich Männer und Frauen im mittleren Lebensalter befällt. Die Ergebnisse decken sich mit denen der Literatur (vgl. Braun (10)).

4. Verteilung der Rosacea auf städtische und ländliche Bevölkerung

Die Aufteilung der Rosacea-Erkrankungen auf städtische und ländliche Bevölkerung ergibt für Männer und Frauen mit 19,6 % und 19,5 % bzw. mit 80,4 % und 80,5 % das gleiche Verhältnis.

Der hohe Anteil der Landbevölkerung kann mit dem vorwiegend ländlichen Einzugsgebiet der Tübinger Universitäts-Hautklinik erklärt werden.

Vergleichbare Prozentzahlen ließen sich im Schrifttum nicht finden.

5. Verteilung der männlichen Rosacea-Erkrankten nach Berufen, die vorwiegend im Freien oder in geschlossenen Räumen ausgeübt werden

Von 439 männlichen Rosacea-Erkrankten übten 36 % ihren Beruf im Freien aus, während 64 % vorwiegend in geschlossenen Räumen arbeiteten.

Aus diesem Ergebnis ergibt sich eine signifikante Bevorzugung der Rosacea auf die in geschlossenen Räumen arbeitenden Berufsgruppen. Eine Aufschlüsselung nach diesen Gesichtspunkten ist unseres Wissens sicher nicht beschrieben worden.

Allerdings beschreibt Braun bei der Aufschlüsselung des Heidelberger Krankengutes von 235 männlichen Rosacea-Erkrankten nach besonders Rosacea-gefährdeten Berufsgruppen wie Landwirte, Gastwirte, Metzger, Bäcker und Konditoren eine Gesamtbeteiligung von 15,4 %.

Ein ursächlicher Zusammenhang wird in einer überreichlichen und besonders zusammengesetzten Nahrung dieser Berufsgruppen gesehen.

6. Aufschlüsselung der durch Genußmittel Rosacea-verschlimmernden Faktoren

Wie im Schrifttum erwähnt (vgl. Braun (10)) sollen reichliche Speisen wie übermäßiger Genuß von Kaffee, Tee, alkoholischer Getränke, scharfe Gewürze und große Mengen Kohlenhydrate verschlimmernd, aber keinesfalls ursächlich für die Entstehung einer Rosacea wirken.

Stokes und Beermann fanden, wie bereits im ätiologischen Teil erwähnt, diese Vermutung bestätigt. Ebenfalls sah Braun in einzelnen Fällen diese Behauptung zutreffend. Unsere eigenen Ergebnisse sind in Tabelle 1 wiedergegeben.

	Männer	Frauen
Alkohol	18,2 %	2 %
Kaffee	1,8 %	3 %
Gewürze	2,3 %	4 %

Tabelle 1
Aufschlüsselung der Rosacea-verschlimmernden Genußmittel.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, ist der mit 18,2 % errechnete Anteil der alkoholkonsumierenden männlichen Rosacea-Erkrankten signifikant. Den anderen Prozentzahlen kann keine Bedeutung zugemessen werden.

Die Frage, ob diesen Genußmitteln und kohlenhydratreicher Nahrung ein verschlimmerndes Moment bei der Rosacea zukommt, läßt sich nicht eindeutig beantworten. Interessant wäre es festzustellen, ob die Rosacea in vorwiegend

sich kohlenhydratreich ernährender Bevölkerung wie z.B. Baden-Württemberg häufiger anzutreffen ist als in anderen Landstrichen Deutschlands. Sobye spricht jedoch all diesen Faktoren jegliche Bedeutung ab.

7. Verteilung der Rosacea unter Berücksichtigung der Magen-Darmerkrankungen

Magen- und Darmstörungen sind bei Rosacea-Erkrankungen auffällig häufig anzutreffen.

Völlegefühl, Blähungen, Obstipation, Gastritis und Hyperfunktion des Magens (Funk (30)) wie Sodbrennen sind häufige Klagen der Patienten.

Epstein und Susnow (20) errechneten unter 163 Rosacea-Fällen 57,6 % mit subaciden Magensaftwerten. Bei einem Drittel der Rosacea-Patienten stellte Tulipan (88) eine ungenügende Salzsäureproduktion fest.

Widersprechende Ergebnisse fanden Shone und Whitwell (84) ebenso wie Sobye (85) und Reyn (80), die im Vergleich zu normalen Kontrollpersonen keinen Unterschied hinsichtlich An- bzw. Subacidität erkennen konnten.

	Männer	Frauen
Obstipation	16 %	30 %
Hyperfunktion des Magens	20 %	11 %
Gastritis und Ulcera	6 %	5 %
An- und Subacidität	11 %	8 %
Gesamtbeteiligung	57 %	54 %

Tabelle 2:
Aufschlüsselung der Magen-Darmerkrankungen

Mit 57 % bzw. 54 % Gesamtbeteiligung der Magen-Darmerkrankungen ergibt sich bei Männern und Frauen das gleiche Verhältnis.

Die Prozentzahl der An- und Subaciden in unserem Krankengut liegt deutlich unterhalb des oben diskutierten Wertes, während die Zahl der Obstipierten mit der des Schrifttums übereinstimmt (vgl. Braun (10)).

8. Verteilung der Rosacea unter Berücksichtigung der Galle-Lebererkrankungen

Eine gestörte Leberfunktion ist nach den Untersuchungen von Auer (4) an der Rosacea-Krankheit nicht unbeteiligt. Unter 20 Rosacea-Erkrankten fand Auer (4) im Vergleich zu der gleichen Anzahl Kontrollpersonen eine Vielzahl von Personen, die einen gestörten Leberstoffwechsel aufweisen. Amorati, Rasponi und Roversi (1) konnten die Untersuchungen Auers bestätigen.

Die Prozentzahlen unseres eigenen Krankengutes belaufen sich bei Männern auf 16 % und bei Frauen auf 18 %. Das Geschlechtsverhältnis ist demnach annähernd gleich.

9. Aufschlüsselung der weiblichen Rosacea-Erkrankten nach hormonellen Störungen

Hormonelle Veränderungen, die Frauen im Praeklimakterium, Klimakterium, Menopause und während des periodischen Zyklus betreffen, werden oft mit dem Auftreten einer Rosacea in Zusammenhang gebracht.

Beermann und Stokes (86) fanden bei 23 % ihrer weiblichen Patienten eine zyklusabhängige Verschlechterung der Rosacea. Wir faßten zyklusgestörte Frauen, Frauen im Prae- und Klimakterium zusammen und errechneten bei unserem Krankengut einen Prozentsatz von 23 %.

Sobye (85) sieht wiederum in hormonellen Störungen keine Ursachen für das Entstehen einer Rosacea.

10. Verteilung der Rosacea nach Diabetes mell. und Polyglobulie

Bei unseren männlichen Patienten, die an Rosacea erkrankt waren, fand sich bei 3 % ein Diabetes mellitus und bei 3 % eine Polyglobulie, während bei den weiblichen Patienten keine dieser genannten Erkrankungen auftrat. Braun (10) fand bei 4 % der männlichen Rosacea-Erkrankten einen Diabetes mellitus. Über das Vorkommen der Polyglobulie bei Rosacea waren im Schrifttum keine Zahlen zu finden.

11. Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankungen nach Augenbeteiligung

Die Rosacea geht häufig mit Augenbeteiligung wie Blepharitis, Konjunktivis, Keratitis und Iritis einher.

Braun (10) fand unter 235 männlichen Rosacea-Kranken 17 % und unter 330 Rosacea-erkrankten Frauen 7 % Miterkrankungen der Augen. Maslov (65) konnte aus eigenen Untersuchungen diese Zahlen bestätigen.

Die Aufschlüsselung unseres Krankengutes mit Augenbeteiligung ist in Tabelle 3 wiedergegeben.

	Männer	Frauen
Blepharitis	0,7 %	0,6 %
Konjunktivis	1,1 %	0,6 %
Keratitis	4,0 %	3,0 %
Iritis	0,2 %	0,4 %
Gesamtprozentzahl	6,0 %	4,6 %

Tabelle 3:
Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankten mit Augenbeteiligung

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, stimmt der Wert mit 6 % bzw. 4,6 % Augenbeteiligung der Rosacea-erkrankten Männer bzw. Frauen mit dem oben diskutierten von Braun (10) errechneten Anteil in etwa überein.

Die häufigste Augenerkrankung ist die im ähnlichen Geschlechtsverhältnis auftretende Keratitis.

12. Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankungen nach äußeren Einflüssen

Eine wichtige Ursache für das Entstehen einer Rosacea sieht Sobye (85) in klimatischen Einflüssen. Brodthagen (11) fand bei 23 von 57 Rosacea-Patienten eine Lichtempfindlichkeit. Gottron (35) sieht die durch einen Kälteschaden bedingte Akrocyanose in ursächlichem Zusammenhang mit einer Rosacea.

Wir faßten Kälte-, Wärme- und Lichtempfindlichkeit und bei Frauen Kosmetika

unter dem Begriff äußere Einflüsse zusammen. Die Aufschlüsselung der Ergebnisse ist in Tabelle 4 wiedergegeben.

	Männer	Frauen
Kälte	6,0 %	9,0 %
Wärme	9,0 %	10,0 %
Licht	7,0 %	9,0 %
Kosmetika	-	3,0 %
Gesamtprozent	22,0 %	31,0 %

Tabelle 4:
Aufschlüsselung der Rosacea-Erkrankungen nach äußeren Einflüssen.

Die Auswertung der Ergebnisse der Tabelle 4 ergibt bei Kälte-, Wärme- und Lichtempfindlichkeit bei Männern und Frauen in etwa das gleiche Ergebnis.

Die Gesamtprozentzahl der äußeren Einflüsse bei weiblichen Rosacea-Erkrankten liegt mit 10 % unter dem Wert, den Brodthagen (11) gegeben hat.

13. Aufschlüsselung der Rhinophymträger bei der Rosacea

Unter 974 Rosacea-Erkrankten fanden sich 50 Rhinophymträger. Davon waren 47 männliche und 3 weibliche Patienten. In Prozentzahlen ausgedrückt ergibt dies einen Wert von 5,1 % Rhinophymträger mit Rosacea. Das Geschlechtsverhältnis bringt mit 10,7 % männlichen gegenüber 0,6 % weiblichen Rhinophymträgern die eindeutige Aussage, daß die Rhinophymträger hauptsächlich männlichen Geschlechtes sind. Braun (10) fand unter 235 männlichen Rosacea-Erkrankten bei 8 % ein Rhinophym und unter 330 Frauen mit Rosacea 1,5 % Rhinophymträgerinnen.

14. Rhinophymträger ohne Rosacea

Bei Durchsicht der Krankenblätter der Universitäts-Hautklinik Tübingen fanden sich in dem Zeitraum von 1951 - 1966 70 Rhinophymträger. Davon waren 66 männliche und 4 weibliche Patienten.

Von den männlichen Rhinophymträgern waren 47 = 71 % an Rosacea erkrankt, während bei 19 = 29 % das Rhinophym als selbständiges Krankheitsbild auftrat.

Bei den weiblichen Patienten war in 3 Fällen - 75 % das Rhinophym mit einer Rosacea verbunden, während in einem Fall = 25 % ein Rhinophym als isoliertes Krankheitsbild erschien.

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, daß das Rhinophym durchaus als ein selbständiges Krankheitsgeschehen zu erblicken ist, das nicht unbedingt an eine Rosacea gebunden, sondern auf einer ihm eigenen Entstehungsursache basiert, die auch ohne Rosacea durchaus möglich ist. Nach Kleining und Braun-Falco (51) sprechen für die Selbständigkeit des Rhinophyms folgende Kriterien:

a) Die meisten Rosacea-Fälle verlaufen ohne Rhinophym

b) Es gibt häufig Rhinophyme, die ohne eine Beteiligung von Rosacea entstehen

c) Das Rhinophym ist eine eindeutige Erkrankung der männlichen Patienten, während die Rosacea zu 2/3 Frauen betrifft.

d) Das Rhinophym hat stets eine Seborrhoe zur Voraussetzung, demgegenüber kommen oftmals Rosacea-Patienten zu Gesicht, die keine Seborrhoe besitzen, pathogenetisch sogar völlig anders bezogen werden müssen.

Das Rhinophym wird insofern als polygenetische Störung aufgefaßt, als zur Seborrhoe offenbar ein neuer Bildungsreiz hinzutreten muß, der zur Auslösung der Krankheitserscheinung notwendig ist.

THERAPIE DER ROSACEA

Die Therapie der Rosacea ist auf Grund der komplexen ätiologischen Momente sehr vielgestaltig.

Stehen innere Erkrankungen wie Magen-Darmstörungen und Leber- und Gallenleiden im Vordergrund, empfiehlt sich eine daraufhin zweckgerichtete Behandlung. Die so häufig geklagte Obstipation muß immer behandelt werden.

Die Rosacea-verschlimmernden Genußmittel wie Kaffee, Tee, Alkohol und scharfe Gewürze dürfen nur noch in kleinen Mengen erlaubt werden.

Bewährt hat sich das bereits von Unna innerlich verordnete Ichthyol (jetzt Diphenylthioharnstoffabkömmlinge, Goldmann (34)), das wahrscheinlich durch seinen organisch gebundenen Schwefel, möglicherweise über eine Drosselung des Sauerstoffbedarfs des Gewebes wirkt. Die durch hormonelle Störungen bei weiblichen Patienten vielfach aufflackernde Rosacea kann man durch kleine Gaben von Follikelhormon bekämpfen, jedoch ist der Erfolg in nicht allen Fällen gewährleistet.

Als sehr günstig in der Therapie der Rosacea haben sich Gaben von Nebennierenrindenhormonen wie z.B. Cortiron und Percorten erwiesen, auf die nur wenige Kranke nicht ansprechen. Bei Empfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht hat sich die Anwendung von Resochin bewährt. Neuerdings sind durch Anwendung von Antibiotica sehr gute Erfolge in der Behandlung der Rosacea zu verzeichnen.

Wittels (90) sah bei 10 Rosacea-Patienten durch Kombination von Madribon und Chloramphenicol sehr gute Ergebnisse. Die gleichen Beobachtungen machten Keller und Schnyder (47) nach Verabreichung von Spiromycin.

Nicht übersehen sollte man die durch die Anwendung von Breitspektrum-Antibiotica zum Teil auftretende B-Avitaminose, die durch Ausschalten der B-Synthese seitens der Darmflora entstehen kann (Aron-Brunetière (2)). Als schwerste Folge einer Dauertherapie von Chloramphenicol kann sich eine aplastische Anämie entwickeln. Als überraschende Beobachtung sei die von Meyer de Schmid (67) beschriebene Desensibilisierung mit Candida albicans-Extract bei einer 53jährigen therapieresistenten Rosacea-Patientin angefügt. Die Rosacea

kam zur völligen Abheilung. Bei der örtlichen Behandlung haben sich neben ichthyolhaltigen Pasten und Salben die Massagemethode nach Sobye (85) sowie gering dosierte Röntgenbestrahlungen, CO_2-Schneebehandlungen und auch die Aknepaste und Akneemulsion nach Prof. Schneider bewährt.

THERAPIE DES RHINOPHYMS

Die Behandlung des Rhinophyms sollte möglichst chirurgisch erfolgen. Auf die Schwierigkeit, einen ästhetisch optimalen postoperativen, ohne störende Narbenbildung verlaufenden Zustand herzustellen, sei hingewiesen.

Der gesunde Nasenknorpel soll möglichst erhalten bleiben, wenn nicht eine zusätzliche Nasenverkürzung indiziert ist (Kleine-Natrop (50), Denecke-Meyer (13), Joseph (45)).

Die am häufigsten angewandten Methoden sind:

1. Die Excision mit anschließender Vereinigung der Wundränder durch Naht (Dieffenbach (15), Hebra (40), Dupres (19), Ohmann und Dusmenil (74).

   Der therapeutische Wert der Technik liegt in der Kürze der Behandlungsdauer von 4 - 6 Tagen (Hoffmann (43)).

   In neuerer Zeit wurde diese Technik von Joseph (45) und Fomon (26) wieder populär gemacht.

2. Die Defektdeckung nach operativer Entfernung des Rhinophyms durch Verschiebung der Haut aus der Umgebung (Berson und Seltzer (5)).

3. Die Methodik der subkutanen Exstirpation der Rhinophymwucherungen eignet sich bevorzugt für kleinere Rhinophymbezirke (Braun (10), Galtier (32), Joseph (45)).

4. Die Entfernung des Rhinophyms durch schichtmäßige Abtragung mit Skalpell oder Rasiermesser (Braun (10), Dufourmentel (18), Erich (21), Fishof (24), Fomon (26), Kaposi (46), Lewis (57), Macomber (59), Maliniac (61), Moncorps (71), Pitanguy (77)).

5. Zu einer glatten Narbenbildung führt die Abrasion des Rhinophyms mit dem Diathermiemesser (Bloebaum (7), Dorigo (16), Ducouritioux (17), Farina (22), Fiumicelli (25), Foss (27), Friederich (28), Gelbke (33), Herlyn (41), Kleine-Natrop (50), Klauder (49), Korting (53), Lesser (56), Magaldi (60), Mangabeira-Albernaz (62), Martin (64), Matton (66), Niedelmann (72), O'Dou (73), Perl (76), Pottgiesser (78), Schönfeld-Schneider (83)).

6. Behandlung des Rhinophyms durch Abschälung der gesamten Nasenhaut mit den Geschwülsten.

7. Entfernung des Rhinophyms durch Fräsen und Schleifen bzw. Dermabrasion (Dickenson (14), Grupper (37), Kleine-Natrop (50), Korting (53), Lapalucci und Cabrera-Trigo (54)).

8. Die Röntgen-Radiumbestrahlung des Rhinophyms (Campos (12), Blasi (6), Haret (38)).

ERFOLG DER ROSACEA- UND RHINOPHYMTHERAPIE AM KRANKENGUT DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK TÜBINGEN

Der Erfolg der Rosacea-Therapie der Universitäts-Hautklinik Tübingen sei repräsentativ an 220 behandelten Patienten ermittelt.

Von ihrer Krankheit geheilt wurden 6 Patienten = 3 %, wesentlich gebessert 47 Patienten = 21 %, gebessert 125 Patienten = 57 %. Wechselnd war der Erfolg bei 27 Patienten = 12 %, nicht oder wenig gebessert waren 15 Patienten = 7 %.

Von 66 männlichen Rhinophymträgern haben sich 35 mit gutem kosmetischen Erfolg operativ behandeln lassen, während 31 Patienten eine Operation ablehnten. Von den 4 weiblichen Rhinophymträgern wurden 3 bei einer Ablehnung mit dem gleichen Erfolg operativ behandelt.

ZUSAMMENFASSUNG

Im ersten Teil der Arbeit wird nach einem historischen Überblick, Beschreibung und Darstellung der Rosacea und des Rhinophyms in der Belletristik bzw. bildenden Kunst, die Klinik, Histologie und Ätiologie der Rosacea und des Rhinophyms abgehandelt. Als wesentliche ätiologische Momente werden anhand der Literatur anlagemäßig bedingte Veränderungen auf seborrhoischer Grundlage, überreiches Maß von Nahrungs- und Genußmitteln, innere Leiden mit Einschluß vegetativer und hormoneller Dysregulationen sowie äußere Einflüsse wie Sonnenlicht, Wärme und Kälte beschrieben.

Im zweiten Teil werden die im Krankengut der Universitäts-Hautklinik Tübingen von 1951 - 1966 vorkommenden Fälle nach ätiologischen Gesichtspunkten aufgeschlüsselt. Die Morbidität der Rosacea wird mit 1,4 % ermittelt. Bevorzugt befallen werden Männer und Frauen im Alter von 35 - 50 Jahren (61,4 % Männer, 42,8 % Frauen).

Magen-Darmerkrankungen sind mit 57 % bei Männern und 54 % bei Frauen vertreten, während Leber- und Galleleiden bei Männern und Frauen mit 16 % bzw. 18 % errechnet wurden.

Hormonelle Störungen waren bei 23 % der weiblichen Patienten vorhanden.

Die Rosacea-Erkrankung ging bei 6 % männlichen und 4,6 % weiblichen Patienten mit Augenbeteiligung einher.

Äußere Einflüsse wie Kälte, Wärme und Licht als Rosacea-verschlimmernde Faktoren wurden mit 22 % bei Männern und 31 % bei Frauen ermittelt.

Unter 974 Rosacea-Erkrankten wurden 5,1 % Rhinophymträger beobachtet und das Geschlechtsverhältnis von Männern und Frauen mit 10,7 % zu 0,6 % errechnet.

Von 66 im Zeitraum von 1961 - 1966 am Tübinger Krankengut beobachteten männlichen Rhinophymträgern waren 47 = 71 % an Rosacea erkrankt, während bei 19 = 29 % das Rhinophym als isoliertes Krankheitsbild auftrat.

Der Erfolg der Rosacea- und Rhinophymtherapie an der Tübinger Hautklinik wird nach einem Überblick der Behandlungsmöglichkeiten beschrieben.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Amorati, A., Rasponi, L. a. Roversi, C. — Ossevazini sul comportamento della crasi proteica e dell eucolloidita nella rosacea. Arch. ital. dermat. sif. 25, 174, (1952)

2. Aron-Brunetière, R., Bourgeois-Garvadin, J. e. Kohen, I. — Note preliminaire sur le resultat du traitement de la rosacee du visage par la chloromycetine.

3. Aron-Brunetière, R. — Possibilites et limites de Lânti biotherapie dans Lâcne vulgaire et dans rosacee. Sem. ther. 40, 168, (1964)

4. Auer, F. — Untersuchungen über Bluteiweißkörper und Leberfunktionsprüfungen bei Akne Rosacea. Dermatologica (Basel) 103, 265, (1951)

5. Berson u. Seltzer — zit. b. Walther, zit. b. Friederich

6. Blasi, R. — Radioterapia del rinofima. Giorn. ital. mal. esto. 7, 16, (1934)

7. Bloebaum, F. — Die Radikalbehandlung des Rhinophyms durch Galvanokaustik. Münch. med. Wschr. 23, 31, (1904)

8. Ein weiterer Beitrag zur Radikalbehandlung des Rhinophyms Münch. med. Wschr. 47(1904)

8. Bloch, I. — Handbuch der Geschichte der Medizin. Bd. 3, 1905

9. Bologa, E.I. — Betrachtungen zur Nosologie, Pathogenese u. Erkennung der rosacea-ähnlichen Tuberkulide von Lewandowsky sowie deren Beziehung zur Rosacea. Hautarzt, 12, 508, (1961)

10. Braun, W. — Rosacea (Akne rosacea, Gutta rosacea, Couperose, Kupferfinne). Dermatologie u. Venerologie, Gottron-Schoenfeld, Bd. 3, 2, 1959

11. Brodthagen, H. — Mepacrine and Chloroquine in treatment of rosacea. Brit. J. Dermat. 67, 421, (1955)

12. Campos, R. — Combined use of surgery and radium in the treatment of rhinophyma. Ars. med. Barcelona, 12, 85, (1936)

13. Denecke, H. J. u. Meyer, R. — Korrigierende u. rekonstruktive Nasenplastik. in: Plastische Operationen an Kopf u. Hals, Springer-Verlag, 1964

14. Dickinson, I. T. a. Adamapoulos, E. — Surgical treatment of rhinophyma. Arch. Otolaryng., Chicago, 74, 251, (1961)

15. Dieffenbach, I. F. — Die operative Chirurgie, Bd. 1 u. 2, Brockhaus, Leipzig, 1845 u. 1848

16. Dorigo, L. — Use of electric bistoury for removing rhinophyma. Boll. Poliambull. Ronzoni, 11, 62, (1937)

17. Ducourtioux, M. — Le rhinophyma et son traitemont. Presse med. 799, (1939)

18. Dufourmentel, L. — Chirurgie reparatrice et correctrice des teguments et des formes. Masson u. Cie, Paris, 1950

19. Dupres — zit. b. Pottgießer u. Krohmayer

20. Epstein, N. u. Susnow, D. — Acne rosacea. With particular reference to gastric secretion. California Med. 35, 118, (1931)

21. Erich, J. B. — Surgical treatment of rhinophyma. Proc. Mayo Clin. 36, 113, (1961)

22. Farina, R. — Rinofima. Decorticao electro-cirurgica simples. Rev. Hosp. Clin., Janeiro 4, 107 (1949)

23. Feit, H., Laszlo, E. A. a. Vero, F. — Rosacea interpreted as bacterid from focal infection. J. Amer. Med. Ass. 105, 1738, (1935)

24. Fishof, F.E. — Rhinophyma. Arch. Otolaryng. 69, 424, (1955)

25. Fiumicelli, F. — Rinofima: caso di diatermocoagulazione. Minerva med. 1, 228, (1954)

26. Fomon, S. — zit. b. Walther, zit. b. Friederich

27. Foss, M.H. — Surgical treatment of rhinophyma by means of diathermic snare. Tskr. Norske Laegeforg 78, 1123, (1958)

28. Friederich, H.C. — Zur Therapie des Rhinophyms i. Druck.

29. Friederich, H.C. — Rehabilitation durch korrektive Dermatologie, in: Rehabilitation von H. Bialonski, 1965

30. Funk, C.Fr. u. Walther, H. — Neuropathologische Betrachtungen der Rosacea-Pathogenese. Dermat. Wschr. 121, 457, (1950)

31. Gans, O. u. Steigleder, G.K. — Histologie der Hautkrankheiten. Bd. 2, Springer-Verlag 1957

32. Galtier, M. — Le traitement du rhinophyma. Mem. Acad. Chir. 85, 436, (1959)

33. Gelbke, H. — Wiederherstellende und plastische Chirurgie. Kopf u. Hals. Bd. 3. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1964

34. Goldmann, L. — Diphenylthioharnstoffabkömmlinge in der Behandlung der Rosacea. Dermat. Wschr. 145, 45, (1962)

35. Gottron, H. — Kreislaufstörungen und Hämorrhagien der Haut. Arzt-Zieler, Die Haut und Geschlechtskrankheiten. Bd. 2, 1 Berlin u. Wien 1935

36. Grüneberg, R. — Rosacea and its treatment. Dtsch. Gesd. wes. 36, 1139, (1952)

37. Grupper, Ch. — Apropos de la communication du Prof. Schreus
Aesthetische Medizin in Einzeldarstellungen. Bd. 1 Hdb. 1956

38. Haret, M. — Rhinophyma. Case cured by radiotherapie. Bull. Soc. radiol. med. France 16, 236, 1928

39. Hebra, F.v. — Acne Rosacea.
Virchow: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
Bd. 3 (1860)

40. Hebra, H.v. — Das Rhinophyma.
Vjschr. Dermat. Syph. 8, 608, (1881)

41. Herlyn, K.E. — Die Eingriffe im Gesicht, an der Zunge, an den Speicheldrüsen und an der Ohrmuschel. in: Allgemeine und spezielle chirurgische Operationslehre von N. Guleke u. R. Zenker Bd. 4 Springer-Verlag, Heidelberg

42. Höcker — Aussprache zum Vortrag: C. F. Funk Kongressbericht Zbl. Haut und Geschlechtskrkh. 74, 7, (1949)

43. Hoffmann, R. — Über das Rhinophyma.
Zschr. Laryng. 2, 311, (1910)

44. Jaqueti, G., Gay, C., Ballesteros y H. Bojana — Tuberculide rosaceiforme de Lewandowsky o acne rosacea. Considerationes sobre el diagnostico differencial. Actas dermo-sif. (madr.) 52, 223, (1961)

45. Joseph, M. — Rote Nasen. in: Handbuch der Kosmetik. Leipzig 1912

46. Kaposi, M. — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1879, 1893
Schilderung seiner Operationsmethode bei Dohi

47. Keller, R. u. Schnyder, U. W. — Zur antibiotischen Behandlung therapieresistenter Fälle von Rosacea mit Rovamycin (5337 R.P. Spiramycin) Dermatol. Univ.-Klinik, Zürich-Praxis(Bern) 49, 405, (1960)

48. Klaber, R. u. Wittkower, E. Pathogenesis of rosacea: review with special reference to emotional factors.
Brit. J. Dermat. 51, 501, (1939)

49. Klauder, J. Treatment of rhinophyma by electrodessication.
Arch. Dermat. Syph., Chicago 33, 885, (1936)

50. Kleine-Natrop, H.E. Entwicklung und Methodik der Rhinophymoperation.
Med. Kosmetik 6, 258, (1957)

51. Kleining, E. u. Braun-Falco, O. Diffuse Talgdrüsenhyperplasie der Gesichtshaut in Analogie zum Bild des Rhinophyms.
Dermat. Wschr. 127, 463, (1953)

52. Koch, H. Z.B. Rosacea-ähnliches Tuberkulid (Lewandowsky)
Dermat. Wschr. 114, 1205, (1961)

53. Korting, G.W. Therapie der Hautkrankheiten.
Schattauerverlag, Stuttgart, 1967

54. Lapalucci, L. a. Cabrera-Trigo, J.S. Das chirurgische Abschleifen beim Rhinophym.
Prensa med. argent. 48, 447, (1961)

55. Laymon, C.W. a. Schoch, E.P. Micropapular tuberkulid and rosacea; klinical and histologic comparison.
Arch. Dermat. Syph. (Chicago) 58, 286, (1948)

56. Lesser, E. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten I 1889

57. Lewis, G.K. Rhinophyma.
Plast. Surg. Baltimore 24, 190, (1959)

58. Linser, K. Zustand nach Rhinophymoperation.
Zbl. Haut- und Geschlechtskrankheiten 88, 198, (1954)

59. Macomber, D.W. Surgical cure of acne rosacea in rhinophyma.
Rocky Mountain Med. J. 43, 466, (1946)

60. Magaldi, B. Contributo alla cura del rinofimo con il metodo di Ollier.
Fol. med. Napoli 24, 446, (1940)

61. Maliniak, J.W. — Rhinophyma: Treatment and its complications. Soc.scient.frc.chir.repar.plast.e.esthet. C.R.Acad.si. (Paris) 250,(1930)

62. Mangabeira-Albernaz,P. — Neue Gedanken über die Krankheitsentstehung und Behandlung des Rhinophyms. Zbl.Haut-Geschl.krkh. 52,434,(1936)

63. Martin-Scott, I. — Rosacea? Rosaceous-tuberkulide (Lewandowsky). Brit.J.Derm. 73, 198,(1961)

64. Martin, A. — Sur le traitement de rhinophyma. Bull.Soc.frc.dermat.syph. 46,705,(1939)

65. Maslov, P. — Zum Studium der identischen Erkrankungen des Auges und der Haut. Sovet.Vestn.Oftalm. 3,42,(1933)

66. Matton,G., Pickrell,K.W., Hunger a.Pound, E. — The surgical treatment of rhinophyma. Plast.Surg.Baltimore 30,403 (1962)

67. Meyer de Schmid, J.J. — Un cas de acne rosacee intense blanchi par une desensebilisation par extrait de Candida albicans. Disparition parallele des migraines. Bull.Soc.frc.Dermat.Syph. 69, 292,(1962)

68. Miescher, G. — Rosacea und rosacea-ähnliche Tuberkulide. Dermatologica, Basel, 88,150,(1943)

69. Miescher, G. u. Storck,H. — Juvenile Rosacea. Dermatologica,Basel, 102,367,(1951)

70. Miller, F.P. — Etiology of acne rosacea Through a viscero-neurological mechanism. Amer.J.Med.Sc. 161,120 (1921)

71. Moncorps, C. — Die kosmetischen Operationen, ihre Indikation, Technik und Erfolge. Zbl.Haut-Geschl.krkh. 28,1,(1929)

72. Niedelmann, M.L. — Rhinophyma, treatment by electroshaving. Arch.Dermat.Syph.Chicago, 70,91,(1954)

73. Odou,B.L. a. Odou,E.R. — Rhinophyma. Amer.J.Surg. 102,3 (1961)

74. Ohmann-Dusmenil — zit. b. Kromayer, z.t.b. Pottgießer

75. Olah, E. — Iritis rosacea. Klin. Mbl. Augenhk. 90, 61, (1931)

76. Perl, M. — Diathermy treatment of rhinophyma. Practicien Nord Afrique 5, 150, (1932)

77. Pitanguy, J. u. Szpilman — Rinofima. J. bras. cir. 1, 133, (1962)

78. Pottgießer, G. — 8 Fälle von Rhinophym. Inaug.-Diss. Würzburg 1899

79. Potozkij, I.I. — Zur Frage der Aetiologie der Rosacea juvenilis. Vestn. venerol. i. Dermat. Nr. 7, 698, (1937)

80. Reyn, A. — Untersuchungen über Rosacea. Acta dermat-venereol. (Stockholm) 7. 366, (1936)

81. Richter, R. u. Tat, L. — zit. b. Braun Zschr. Haut- und Geschl. krkh. 19, 211, (1955)

82. Salus, R. — Die Rosacea der Iris. Med. Klin. 32, 865, (1936)

83. Schoenfeld-Schneider — Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Georg Thieme-Verlag 1965

84. Shone, S. a. Whitwell, G.P.W. — Observations on rosacea (Gys` Hosp. London) Lancet, 1934 II, 11

85. Sobye, P. — Etiologie and pathogenesis of Rosacea. Acta dermat.-venerol. 30, 137, (1950)

86. Stokes, I.H. a. Beermann, H. — Effekt on skin of emotional and nervous states ros. complex. arepraisal with spec. ref. ro const. background and rational treatment. Arch. Dermat. Syph. (Chicago) 26, 478, (1932)

87. Triebenstein, O. — Die Rosaceaerkrankungen des Auges. Klin. Mbl. Augenhk. 68, 3, (1922)

88. Tulipan, L. Acne rosacea.
Arch. Dermat. Syph. Chicago, 56, 589, (1947)

89. Wittels, W. Zur Behandlung mit Langzeitsulfonamiden bei Rosacea und Dermatitis herpetiformis.
Wien med. Wschr. 110, 1062, (1960)

90. Wittels, W. Diskussionsbeitrag: 2 Fälle.
Dermat. Wschr. 142, 1327, (1960)

Herrn Prof. Dr. H.C. Friederich danke ich für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. W. Schneider sage ich meinen Dank dafür, daß er mir die Arbeit an seiner Klinik ermöglichte.

Lebenslauf

Als Tochter des Arztes Dr. med. Otto Wetzel und seiner Ehefrau, Dr. med. Ilse Wetzel, geb. Albers, wurde ich, Karin Wingender, geb. Wetzel, am 16.5.1938 in Koblenz geboren.

Nach Besuch der Volksschule und der Städt. Luisenschule in Düsseldorf legte ich im Februar 1958 die Reifeprüfung ab.

Anschließend begann ich das Medizinstudium an der Universität Tübingen, an der ich 1959 die Naturwissenschaftliche Vorprüfung und 1961 die Ärztliche Vorprüfung ablegte.

Das klinische Studium absolvierte ich an den Universitäten Düsseldorf und Köln.

Im Januar 1965 bestand ich die Ärztliche Prüfung an der Universität zu Köln.

Seit dem 1. Juli 1967 besitze ich die Approbation als Ärztin.